



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina  
Unidad de Posgrado  
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del carcinoma de  
lengua en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y  
Maxilofacial del Hospital Nacional Guillermo  
Almenara Irigoyen (2000-2005)**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Cirugía de Cabeza, Cuello  
y Maxilofacial

**AUTOR**

Kattia Fabiola MORENO GIRALDO

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Moreno K. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del carcinoma de lengua en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (2000-2005) [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

---

*“A un hombre se le puede despojar de todo, salvo una cosa: la libertad de elegir su propia actitud, en cualquier circunstancia”*

*A. L. McGinnis.*

## **RECONOCIMIENTO**

*MI RECONOCIMIENTO A TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DONDE FORJE LA MAYOR PARTE DE MI CARRERA PROFESIONAL, EN ESPECIAL AL SERVICIO DE CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILO FACIAL. A TODOS LOS MEDICOS, ENFERMERAS, PERSONAL TECNICO Y ADMINISTRATIVO QUE LABORA EN ESE SERVICIO.*

*MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO A TODOS LAS PERSONAS QUE DIA A DIA TRATARON DE INCULCARME SUS VALIOSAS ENSEÑANZAS TANTO EN LO PROFESIONAL COMO PERSONAL.*

*A MI MADRE A QUIEN ADMIRO  
PROFUNDAMENTE, QUIEN CON SU EJEMPLO  
MOTIVO MI VIDA POR EL SENDERO DEL  
ESTUDIO Y ME ENSEÑO QUE CON ESFUERZO  
TODO ES POSIBLE.*

*A MIS ABUELOS JULIA Y ALFREDO  
QUIENES CON SU AMOR INTERMINABLE  
CUIDARON SIEMPRE DE MÍ.*

*A HUMBERTO, MI AMADO ESPOSO  
Y AMIGO, QUIEN LLENO MI VIDA  
DE FELICIDAD.*

## **INDICE**

Pag.

<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>6</b>
<b>MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>10</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>28</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLOGRAFIA.....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>32</b>

## **I.- RESUMEN**

### **Objetivos**

Determinar las características clínico-epidemiológicas, características tumorales, estadiaje y diagnóstico histopatológico del Carcinoma de Lengua así como describir el tratamiento quirúrgico recibido por los pacientes con diagnóstico de Carcinoma de Lengua en el servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (2000-2005).

### **Materiales y Métodos:**

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes que recibieron el diagnóstico por primera vez de Carcinoma de Lengua, desde Enero del 2000 a Diciembre del 2005, en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Se utilizó una ficha de recolección de datos para la investigación. Se tomó como variable independiente el Carcinoma de Lengua y como Variables dependientes Edad, Sexo, Síntomas al Diagnóstico, Tiempo de Enfermedad, Factor de Riesgo, Tamaño del tumor, Localización del Tumor, Estadiaje, Diagnóstico Histopatológico y Tratamiento Quirúrgico recibido. Se utilizó el software SPSS 9.0 y el programa de Excel 2003.

### **Resultados:**

Se realizó el análisis de 25 historias clínicas. La edad promedio fue de 64.36 años. Se encontró que el 60% de los casos correspondieron al sexo femenino y un 72 % estuvieron ubicados por encima de los 60 años de edad. La localización más frecuente de la lesión fue la lengua oral con 76%. El motivo de consulta predominante fue la presencia de un tumor lingual, con un tiempo de enfermedad menor o igual a 6 meses (64%), el factor de riesgo más importante fue el trauma continuo (48%). Se halló la leucoplasia como lesión pre-maligna más importante (80%). El 32 % de los pacientes se encontraban en estadio TNM II al momento del diagnóstico. El tratamiento quirúrgico se aplicó en 88% de los pacientes y los tipos más realizados fueron la glossectomía con disección selectiva cervical y la hemiglossectomía más disección radical de cuello con mandibulectomía. El diagnóstico histopatológico predominante fue el de Carcinoma Escamoso bien diferenciado (44%) y este se ubicó íntegramente en el borde lateral de la lengua mientras que el Carcinoma Escamoso poco diferenciado (12%) se halló en las localizaciones de base de lengua.

### **Conclusiones:**

Existe una cada vez más frecuente aparición del Carcinoma de Lengua en individuos jóvenes y en mujeres. El principal factor de riesgo es el trauma continuo, dentro de las características clínicas más frecuentes en esta serie son que la edad promedio es alrededor de los 60 años, presencia de tumor y úlcera, un tiempo de enfermedad menor de 6 meses y una lesión localizada en el borde lateral de la lengua oral. Los estadios más frecuentes en estudio fueron estadios tempranos TNM II y TNM I. La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico y terapia complementaria con radioterapia y en algunos casos quimioterapia.

### **Palabras claves:**

***CANCER LENGUA, DIAGNOSTICO, CIRUGIA, TRATAMIENTO, CABEZA Y CUELLO.***



## **I.-INTRODUCCION**

El cáncer de la cavidad oral ocupa la sexta posición de cáncer en el mundo entero y la lengua es una ubicación frecuente del cáncer de la cavidad oral, debido a que ésta se encuentra tapizada por una mucosa constituida por un epitelio escamoso, tejido que origina el carcinoma de células escamosas (95%) intercalado por glándulas salivales menores que originan los adenocarcinomas (5%). En el 85 % de casos se localiza en la porción móvil de la lengua y son carcinomas epidermoides bien o medianamente diferenciados en cambio las lesiones del tercio posterior y base de lengua son anaplásicos y cursan con un pronóstico desfavorable (1).

En Estados Unidos, “La American Cancer Society” calculo 20,300 casos nuevos de cáncer de cavidad oral y 5,300 muertes debido a este, para el año 2002 (2). Actualmente se considera que el cáncer de cavidad oral representa 2% de todos los cánceres diagnosticados en los Estados Unidos (3,4) y la lengua representa el lugar mas frecuente después de los labios (1,2,5). En el mundo los países con mayor incidencia de cáncer de lengua son Francia, India, Brasil, Estados Unidos, Filipinas, Australia, Italia, Japón, El Reino Unido, Costa Rica y China, (2). En el Perú la incidencia de cáncer de lengua es de 0,42% (5).

Se describe que la edad promedio es de 60 años, con una relación hombre/ mujer de 3/ 1 (5,7). Sin embargo en las últimas décadas se ha observado un incremento no sólo en la incidencia del carcinoma de lengua, sino en su aparición en individuos jóvenes, menores de 40 años, algunos de hasta entre los 20 y 30 años. Publicaciones recientes con grandes series, ponen en evidencia que existe un real incremento de la incidencia del carcinoma de lengua entre la población joven y más aun muestran una disminución de la relación hombre/mujer hasta 1,3/1 (8, 9,10).

Los factores predisponentes al cáncer son el tabaco, el alcohol y el trauma continuo como el que se presenta por el roce de prótesis mal adaptadas o dientes en mal estado de conservación (1). Aunque estos factores de riesgo se presentan en relación a la población en estudio, por ejemplo en Estados Unidos se ha descrito al tabaco como el factor de riesgo más importante encontrado en 90% de pacientes con cáncer oral el cual sumado al alcohol sinergiza sus efectos carcinogénicos (3,4). Se sabe que las nitrosaminas, que se encuentran en forma abundante en el tabaco, dañan el ADN produciendo puntos de mutación que conllevan a la desregulación de los genes supresores del tumor como el TP53, localizado en el cromosoma 17, otros oncogenes son el c-myc y el erb-b1 (4,11). Otros factores de riesgo son el uso de la cal en las practicas alimenticias en la India, los déficit de Vitaminas A y C, deficiencias de Riboflavina, deficiencias de Hierro, la presencia del Papiloma Virus Humano (11, 12, 13,14) y se esta estudiando considerar la marihuana y el hachís como factores de riesgo (10). El incremento de la incidencia en personas jóvenes se ha visto relacionado con grupos no considerados tradicionalmente de riesgo, no fumadores ni bebedores y se ha planteado la posibilidad que factores genéticos podrían estar involucrados (15). En un estudio se encontró que 81% de pacientes sin factores conocidos de riesgo presentan una sobre-expresión de la proteína p53. (16)

También se ha demostrado que úlceras crónicas de la lengua pueden malignizarse, y se reconocen como lesiones premalignas a las leucoplasias, eritroplasias, los papilomas o pólipos (1). La leucoplasia esta definida como una mancha blanca de la mucosa que no puede ser caracterizada clínica o patológicamente como cualquier otra enfermedad y se produce como una irritación crónica de la mucosa, se presenta generalmente después de los 40 años y es más común en hombre que en mujeres 2-3/1, la tasa de conversión a lesión maligna es variable de acuerdo a los investigadores desde un 6% a 50% (1,17,18)

La eritroplasia, lesiones de color rojo como la eritroplasia de Queirat es de mucho menor frecuencia que la leucoplasia **(1)** y ha sido considerado como el mas temprano signo asintomático de cáncer **(19)**.

La lengua tiene 2 partes principales, los dos-tercios anteriores son llamados lengua oral o móvil, se limita por la V lingual formada por las papilas circunvaladas y pertenece a la cavidad oral, posterior a esta línea se ubica la base de la lengua la cual es parte de la orofaringe. La raíz de la cara ventral de la lengua se une con el piso de la boca formando un surco gingivo-lingual, la lengua oral tiene 4 regiones anatómicas: la punta, los bordes laterales, el dorso y la cara ventral. La porción muscular de la lengua esta compuesta por 3 pares de músculos intrínsecos y 3 pares de músculos extrínsecos, estos últimos, conformados por los m. geniogloso, hiogloso, y estilogloso, los cuales alteran la forma y posición de la lengua mientras que los m. intrínsecos compuestos por el m. lingual inferior, m. vertical, y m. transversal se originan e insertan dentro de la misma lengua y se responsabilizan de los cambios de forma de la lengua durante el habla, masticación y deglución. La irrigación esta dado por la arteria lingual, rama de la carótida externa, el drenaje venoso por un plexo de venas que siguen a la arteria sin embargo el drenaje principal por la vena lingual es a la vena yugular interna. El nervio hipogloso corre anteriormente entre la glándula submandibular y el m. hiogloso e inervan la musculatura de la lengua. El nervio lingual, rama del n. mandibular da la sensibilidad. El gusto esta dado por la Cuerda del tímpano, una rama del nervio facial que viaja con el nervio lingual. El n. Glossofaríngeo y el nervio laríngeo superior otorgan la inervación sensitiva y motora así como el gusto a la base de la lengua **(3)**. El drenaje linfático de la lengua comienza en un rico plexo submucoso, el cual puede drenar bilateralmente cuando las lesiones se localizan en la línea media, la punta o especialmente la base de la lengua, los tumores del borde lateral de la lengua drenan principalmente a los nódulos linfáticos ipsilaterales. Las lesiones de la punta de lengua drenan primero en los nódulos submentonianos. Las lesiones del borde lateral y cara ventral de la lengua drenan a los nódulos yugulodigástricos o submandibulares mientras que las de la base de la lengua drenan a los nódulos yugulares profundos y yugulodigástrico y por último las lesiones anteriores de la lengua pueden diseminarse directamente a los nódulos linfáticos yugulares bajos (nivel IV) del cuello **(4)**.

La mayoría de los cánceres de lengua se desarrollan en los bordes laterales y también en la punta, se puede decir que el 85% se localiza en la porción móvil de esta, se manifiesta principalmente como una lesión ulcero-vegetante **(1)**. El síntoma de presentación es generalmente el dolor, una úlcera lingual que no sana, masa en cavidad oral o cuello, sangrado **(4)**; luego se agregan dificultades para el habla y de la deglución o algún déficit nervioso craneal, puede invadir la musculatura profunda de la lengua y comprometer el nervio hipogloso, el piso de la boca y también el maxilar inferior. La diseminación linfática se realiza principalmente a los ganglios digástricos y submaxilares, aunque pueden saltar estaciones ganglionares dando metástasis en el tercio medio yugular. En los casos de carcinoma epidermoide de los dos tercios anteriores de la lengua; las metástasis cervicales se presentan de acuerdo al tamaño del tumor y entre el 10 y 60%; en cambio las neoplasias localizadas en la base de la lengua dan metástasis con mucho más frecuencia y en un 25 a 30% pueden ser contralaterales o bilaterales **(1)**. Una localización poco frecuente es en la cara dorsal y central de la lengua pero en este caso las metástasis cervicales pueden llegar al 70% y las bilaterales al 40%. Entre 25 % y 35 % de los pacientes se presentan a la consulta con ganglios clínicamente positivos y 5 % son bilaterales **(1)**.

El diagnóstico de un paciente con cáncer de lengua se basa en la historia, el examen físico, el diagnóstico histopatológico y las imágenes cuando están indicadas. Un

completo examen de la cabeza y cuello debe ser llevado a cabo para evaluar la localización precisa y extensión del tumor primario identificando enfermedad metastásica regional **(4)**. La estadificación clínica se realiza en base a la clasificación TNM para tumores de la cavidad oral cuando se trata de lesiones de la lengua oral y con la clasificación TNM para tumores de hipofaringe cuando se trata de tumores de la base de la lengua **(20,21)**. (Ver Anexo 2). Los tumores de la lengua tienden a presentarse en estadios tempranos 37 % (I), 34% (II), 21% (III), y 8 % (IV), según Boyle J. (3) y en nuestro medio un estudio previo reportó 60% (I), 20% (II), 0% (III), 20% (IV), **(23)**

La estadificación tomográfica generalmente es reconocida como un factor fundamental en el pronóstico de los pacientes. En especial la extensión local del tumor y en menor proporción la extensión a ganglios regionales. La reconstrucción coronal de la mandíbula (Dentascan) es de gran ayuda, la resonancia magnética (RMN) ofrece una mejor discriminación del tejido blando, de la base de cráneo y evaluación del sistema nervioso central, la tomografía por emisión de positrones (PET) es un estudio de medicina nuclear que demuestra la diferencia en el metabolismo de glucosa radiomarcada, entre el tejido normal y el maligno y su aplicación esta dirigida al seguimiento de los pacientes para descartar metástasis o recurrencia. **(2,4)**.

El tratamiento del cáncer de la cavidad oral es multidisciplinario, requiere de la cirugía, asociada con radio y quimioterapia, la cirugía es el tratamiento de mayor indicación **(1)**. Ambos la resección quirúrgica y la radioterapia son aplicables solas o en combinación en estadios tempranos, por lo tanto una sola modalidad puede ser elegida en tumores T1 o T2, en cambio en enfermedad avanzada se usa ambas modalidades en combinación. El rol de la quimioterapia permanece en investigación **(2,4)**, se están haciendo grandes estudios sobre la efectividad de la quimio-radiación concomitante, para el cáncer de la cavidad oral, terapia que ha presentado resultados aceptables para el cáncer de cabeza y cuello **(24)**, sin embargo los tumores de la cavidad oral aun responden pobremente a este nuevo enfoque y las tasas de control reportadas usando estos regimenes son las mas bajas de todos los sitios de cabeza y cuello. Se ha reportado recientemente la quimio-radiación concomitante pre-operatoria mostrando resultados muy satisfactorios para el cáncer de lengua T2, **(25)**, y también como terapia coadyuvante postoperatoria **(26)**. En una revisión multicéntrica se ha reportado la quimio-radiación concomitante como tratamiento de elección del cáncer de base de lengua T4, **(27)**.

Sin embargo la terapia quirúrgica sigue siendo el tratamiento de mayor indicación y elección, sobre todo para los estadios tempranos, donde por si sola puede controlar la enfermedad **(1, 2, 3,4)**. En cambio en pacientes con enfermedad avanzada (III, IV), la secuencia preferida es la resección quirúrgica con reconstrucción apropiada inmediata seguida por radioterapia post operatoria **(2)**. La conducta quirúrgica varía según la extensión del tumor. Los factores que influyen para la elección del tratamiento quirúrgico son el tamaño del tumor primario, su profundidad o infiltración, la localización del primario y la proximidad del tumor al borde de la mandíbula. Se realiza glossectomía parcial para todas las lesiones T1 y T2 de la lengua oral o hemiglossectomía en estadios tempranos, **(2, 20)** y en todos excepto los tumores con menos de 2mm. de profundidad, se debe realizar una disección de cuello supraomohioidea electiva como mínimo y en aquellos con ganglios positivos una disección de cuello terapéutica **(4)**, Pero más del 75 % de los cánceres orales son estadio T2 o mayores cuando se los diagnostican entonces esta indicado las resecciones radicales, la glossectomía total con vaciamiento linfoganglionar de cuello y algunas modalidades de laringectomía cuando se trata de un tumor de base de lengua, todo ello acompañado de radioterapia postoperatoria **(28)**. En cuanto al abordaje quirúrgico este puede ser Peroral, para tumores pequeños o a través de una Mandibulotomía cuando el

tumor es más grande o la localización es posterior, permitiendo así un mejor abordaje. La resección de la mandíbula está indicada cuando hay compromiso de esta y aunque anteriormente se realizaba la hemimandibulectomía, ahora se recomienda sólo 2 tipos de resección quirúrgica; La Mandibulectomía Marginal y la Mandibulectomía Segmentaria, esto debido a la morbilidad y la dificultad reconstructiva de resecciones mayores ha llevado al cirujano replantear esta cirugía, además estudios han demostrado que los vasos linfáticos de la cavidad oral no pasan a través del periostio ni de la sustancia de la mandíbula a el cuello, por lo tanto no sería necesario una resección en bloque a no ser que ésta esté comprometida, se considera que están más propensos a esta invasión; los edentulos, ya que el cáncer de la cavidad oral se disemina fácilmente a través de las deficiencias corticales de la superficie oclusal, y los pacientes post-irradiados ya que este tratamiento debilita la cortical del hueso y favorece la invasión por células cancerígenas. La distancia que se considera apropiada entre el tejido blando comprometido y el tumor es de 5 a 10mm, y la evaluación de ello se hace a través de examen físico, palpación, y por radiología; radiografía panorámica y tomografía, por lo tanto si un tumor se encuentra más allá de 1cm del hueso no será necesario ningún tipo de mandibulectomía, la Mandibulectomía Marginal está indicada cuando hay compromiso de la mucosa gingival sin evidencia clínica ni radiológica de compromiso óseo. La Mandibulectomía Segmentaria está indicada cuando el tumor está fijo a la superficie oclusal o hay evidencia clínica o radiológica de compromiso óseo (4). La cirugía puede darse en diversas combinaciones algunas denominadas con clásicos nombres propios como la operación "Pull-Through", en la que se realiza resección del tumor, resección del piso de la boca, se cruza a través de todas las de los músculos del piso de la boca y se continúa con una disección de cuello, puede o no acompañarse de una mandibulectomía marginal (2). La operación "Comando", está indicada para aquellos tumores de la cavidad oral que comprometen la mandíbula, es una resección en bloque del tumor primario intraoral, un segmento mandibular y se continúa con una disección de cuello ipsilateral (2).

La reconstrucción de lengua puede realizarse con un colgajo miocutáneo del músculo pectoral mayor, lo cual constituye un procedimiento simple que provee tejido amplio pero la tasa de fracaso del colgajo es del 50% (4). Otro colgajo muy usado es el colgajo libre de peroné acompañado de los músculos y piel el cual tiene un mejor pronóstico (28). Una adecuada reconstrucción del arco mandibular, tejidos blandos del piso de la boca y lengua repercutirá en una aceptable rehabilitación de las funciones de la deglución y el habla (29).

La radioterapia cuando se administra en la dosis plena necesaria para la curación de un cáncer oral, produce cambios definitivos que avanzan con el tiempo, y causan una obliteración progresiva de las estructuras arteriales, cicatrización tisular mala o ausente, xerostomía, cambios en el gusto, necrosis ocasional en el tejido blando y hueso.

Los cánceres orales incipientes T1 y T2 deben tener una tasa de supervivencia libre de tumor a los 5 años que exceda el 80 %. Si presentan nódulos metastásicos en el cuello esta tasa disminuye a la mitad, para los estadios IV, en cambio la tasa de supervivencia a los 5 años es 20%. En cerca del 15 % de los casos el primer síntoma de presentación es un gran ganglio metastático en el cuello (4). La detección temprana es la clave para una curación eficaz con discapacidad mínima.

### **III.-METODOLOGIA**

#### **3.1.- TIPO DE ESTUDIO**

Se realizará un estudio Descriptivo y Retrospectivo.

#### **3.2.-DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**

##### **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen quienes recibieron el Diagnóstico Anatomopatológico de carcinoma de Lengua de Enero del 2000 hasta Diciembre del 2005.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes con antecedente de cirugía previa en la cavidad oral y/o recurrencia tumoral.  
Pacientes que hayan recibido algún tipo de tratamiento a la patología en mención.

#### **3.3.-UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL**

El estudio se realizará en las instalaciones del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen El HNGAI, Essalud, ubicado en Lima, Perú, es un hospital de cuarto nivel de complejidad, cuenta con 900 camas de hospitalización y 13 camas en el servicio de Cabeza y cuello y Máxilofacial, es hospital de referencia nacional de diferentes patologías. El Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello cuenta con un equipo medico quirúrgico que realiza cirugías radicales de avanzada para el tratamiento del cáncer. El estudio se realizará durante dos meses, en el período Enero –Febrero 2007.

#### **3.4.- MUESTRA DE ESTUDIO**

- **Unidad de Análisis**

Pacientes del servicio de Cabeza y Cuello y Máxilofacial del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

- **Unidad de Muestreo**

La misma que la unidad de análisis

- **Marco Muestral**

No se tomará marco muestral.

- **Tamaño de Muestra**

El tamaño de la muestra se calculará considerando el total de pacientes que hayan recibido el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma de lengua en el periodo de tiempo indicado.

- **Método de Muestreo**

El muestreo será no probabilístico de tipo incidental o de casos.

### **3.5.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION**

VARIABLES: TIPO Y ESCALAS DE MEDICIÓN			
VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICION	DESCRIPCIÓN
Edad	Numérica-continua	De razón	En años
Sexo	Categórica	Nominal	Masculino/Femenino
Síntomas al Diagnóstico	Categórica	Nominal	Tumor/Ulcera/Sangrado /Dolor
Tiempo de Enfermedad	Numérica	De razón	En meses
Factor de Riego	Categórica	Nominal	Tabaco/ Alcohol/ Trauma
Tamaño del Tumor	Numérica	De razón	En centímetros
Localización del tumor	Categórica	Nominal	Dos tercios ant. y/o bordes. Tercio post. y/o base.
Estadía	Categórica	Ordinal	0, I, II, III, IV
Diagnóstico Histopatológico	Categórica	Nominal	Carcinoma epidermoide bien/moderadamente diferenciado, indiferenciado. Otros.
Tratamiento Quirúrgico recibido	Categórica	Nominal	Glosectomía parcial, Hemiglosectomía, Glosectomía Total, Disección de Cuello con mandibulectomía y otros.

### **3.6.- RECOLECCION DE DATOS**

Los datos se recolectarán de manera retrospectiva, mediante la revisión de historias clínicas recolectando los datos por medio de fichas de recolección de todos aquellos pacientes que recibieron el diagnóstico de Carcinoma de Lengua durante el periodo 2000 a 2005 en el servicio de Cirugía de Cabeza , Cuello y Máxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

### **3.7.-PROCESAMIENTO, ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

El análisis exploratorio de datos seguirá las pautas habituales: Revisión de datos, clasificación de los datos, presentación de la información ( tablas o gráficos) y cálculo de ciertas medidas resúmenes (frecuencia, media, etc).

Se hará uso de una computadora Pentium IV 2.8 Ghz Intel , del paquete Office 2003 , del programa SPSS versión 9,0 (SPSS Inc, 1998).

## **IV.- RESULTADOS**

El total de historias que se revisaron fueron de 25, durante los 5 años en estudio, de los cuales, la mayor frecuencia se presentó el año 2001 con 28% de los casos y la menor frecuencia el 2003 con sólo 4% de los casos (Tabla # 1).

Desde el 2001 al 2005 las mujeres ocupan el primer lugar en frecuencia (Grafico #1), 60% de los casos correspondían al sexo femenino y 40% al sexo masculino, lo que nos da una relación Mujer/Hombre: 3/2 (Grafico #2), las edades afectadas estuvieron entre los 32 y 88 años con un promedio de 64.36 años y 12% estuvieron en menos de 50 años (Tabla #2, Grafico #3).

La localización de la lesión fue predominantemente en la Lengua Oral con 76% y el resto en la Base de la Lengua 24%. De las lesiones ubicadas en la Lengua Oral, 17 (89.4%) se ubicaron en el Borde Lateral. Hubo una presentación inusual ubicada en la cara ventral de la lengua; conocida como Frenillo (Tabla #3, Grafico #4). El tiempo de enfermedad que reportaron los pacientes al momento de la consulta fue menor de 6 meses en 64%, y más de 1 año en 24% (Tabla #4, Grafico #5).

Entre los Factores de Riesgo que se hallaron; El Trauma Continuo fue el principal 48%; Alcohol 20% y Tabaco sólo 8%. Sin embargo hubo un 24% de pacientes que no refirió ningún factor de riesgo conocido, (Tabla #5). Los síntomas más frecuentes por los que los pacientes consultan son el Tumor de Lengua, Ulcera y Tumor en la región cervical (Tabla #6). En el 80% de paciente no se encontró registro de lesión pre-maligna, sin embargo entre aquellos que si la tuvieron; la Leucoplasia fue la más frecuente, 80% de las lesiones premalignas halladas (Tabla #7).

En la evaluación por estadiaje, se encontró que la mayoría de pacientes asisten con TNM II (32%), seguido de un TNM I (24%); un TNM III (20%) y un TNM IV (16%). Se hallaron también 2 casos de Carcinoma in situ, los que corresponden a un TNM 0 (Tabla #8, Grafico #6).

En lo que respecta al tratamiento, se puede observar que el 88% de los pacientes recibieron algún tipo de Tratamiento Quirúrgico, mientras que a un 12% no se les considero tributario de ningún tratamiento quirúrgico. Un 72% recibió tratamiento bimodal: cirugía más algún tipo de tratamiento complementario, este tratamiento complementario estuvo dado por radioterapia en 100% de los casos, con o sin quimioterapia. Los pacientes que recibieron quimioterapia no tuvieron un esquema único ni se halló uniformidad en sus estadios por lo que no se les pudo separar en un grupo independiente (Tabla #9, Grafico #7).

De las cirugías realizadas para el tratamiento del Cáncer de Lengua, nos basamos en lo descrito en el informe operatorio, para lo cual hemos agrupado en disección selectiva; la disección supraomohioidea, disección selectiva de celda submaxilar, disección supradigástrica y la disección submaxilar, y también hemos agrupado en Mandibulectomía; la hemimandibulectomía y la mandibulectomía segmentaria y en un grupo a parte la mandibulectomía marginal. La cirugía más frecuente es la Hemiglossectomía más Disección Radical de Cuello con Mandibulectomía (22.7%), le siguen la Glossectomía con Disección Selectiva (18.2%), y la Hemiglossectomía con Disección Radical de Cuello (18.1%). También se realizó Hemiglossectomías más Disección Radical de Cuello más Mandibulectomía Marginal (13.6%).

Al cruzar las variables Tipo de Tratamiento y Estadíaje TNM, encontramos que los pacientes que recibieron Tratamiento Quirúrgico sólo, se encontraban en estadios I y II, que los pacientes que recibieron Tratamiento Quirúrgico con Radioterapia complementaria y en algunos casos Quimioterapia concomitante, la mayoría se encontraba en estadio II y III, luego que el total de los pacientes que recibieron sólo Radioterapia con o sin Quimioterapia, es decir no tributarios de Tratamiento Quirúrgico, pertenecían al estadio IV. (Tabla #11, Grafico #8).

Sobre los tratamientos quirúrgicos instaurados de acuerdo al estadíaje, se observó que la Glossectomía Parcial, se aplicó para estadios TNM 0 y I; Glossectomía más Disección Selectiva para estadios TNM I, II y III; mientras que la Hemiglossectomía más Disección Radical de Cuello con Mandibulectomía Marginal se aplicó a pacientes en estadio TNM III, la Hemiglossectomía más Disección Radical de Cuello con Mandibulectomía se aplicó al estadio III y IV. (Tabla # 12).

En cuanto a los hallazgos Histopatológicos; se encontró con mayor frecuencia el diagnóstico de Carcinoma Epidermoide Bien Diferenciado (44%), luego le sigue el Moderadamente Diferenciado (36%), luego el Poco Diferenciado (12%) y por último el Carcinoma in Situ (8%). (Tabla #13).

Al cruzar las variables de Diagnóstico Histopatológico y Localización del tumor vemos que los Carcinomas Epidermoides Bien y Moderadamente Diferenciados, así como los Carcinomas in Situ se ubican en el Borde Lateral de la Lengua. En cambio todos los Carcinomas Epidermoides Poco Diferenciados fueron de Base de Lengua.

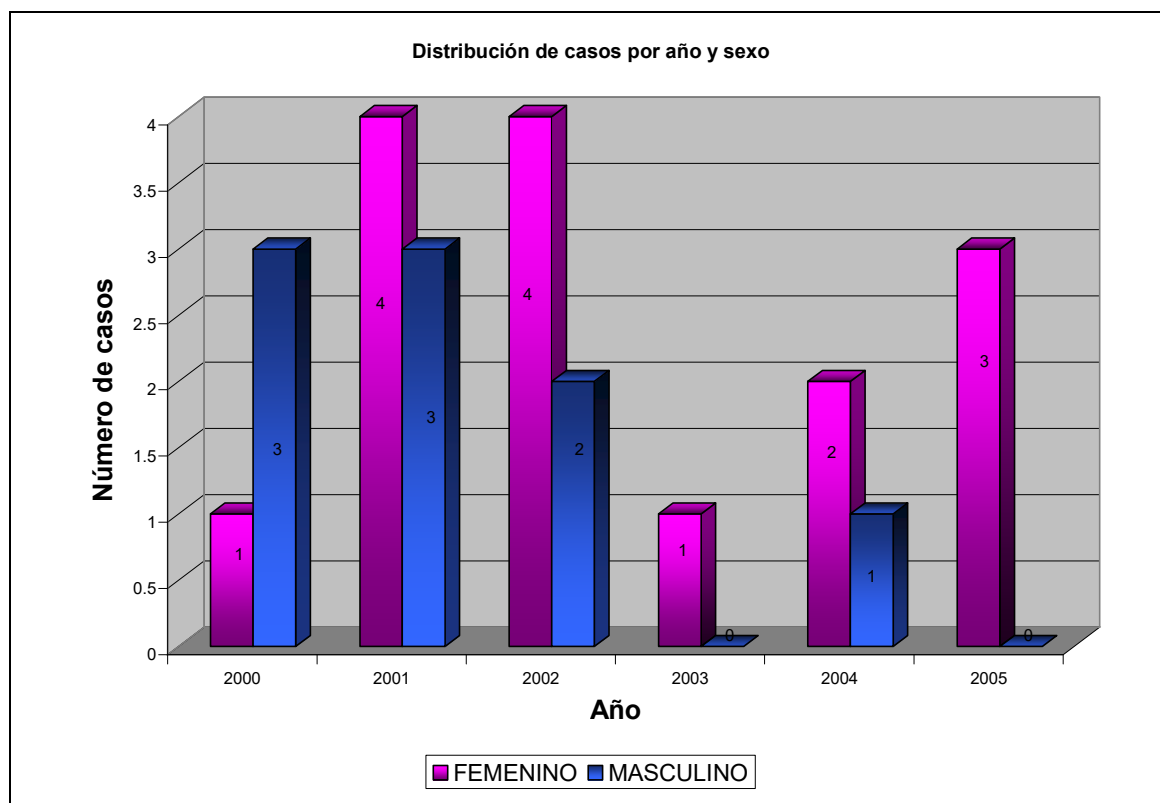


## RESULTADOS

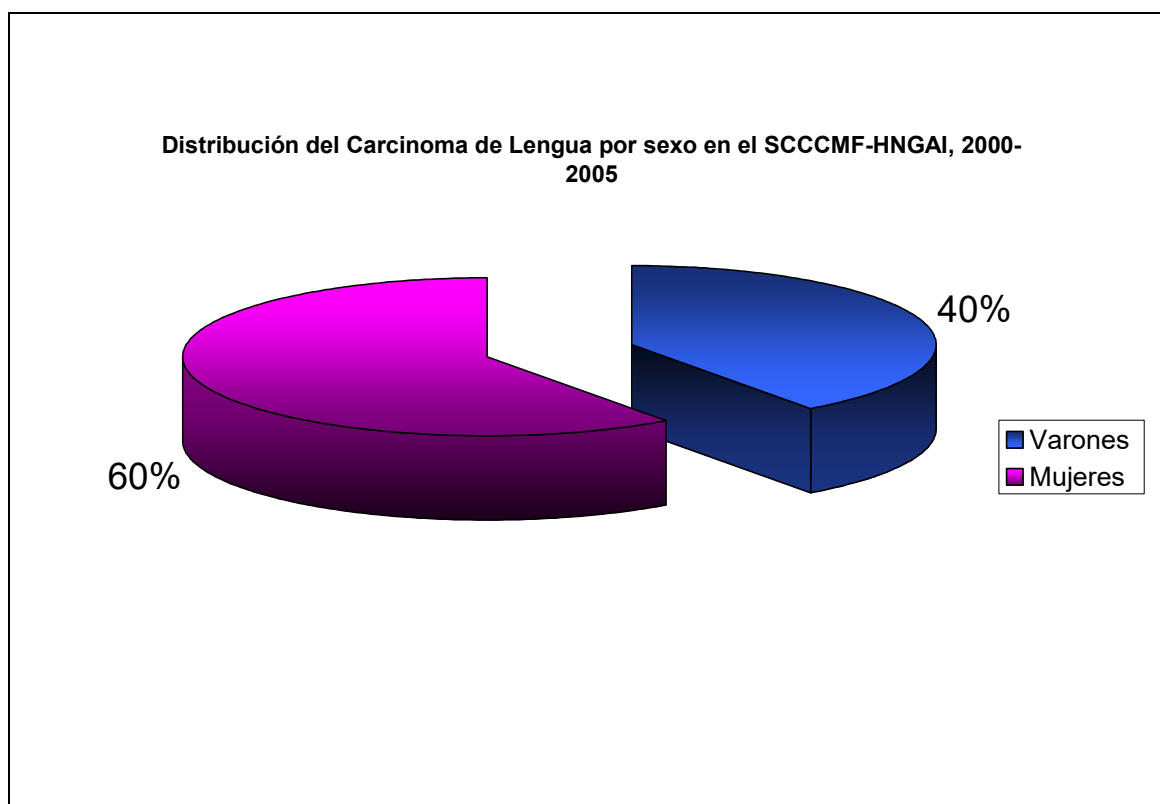
**TABLA N° 1: DISTRIBUCION DEL CARCINOMA DE LENGUA POR SEXO DURANTE LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

SEXO	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEMENINO	1	-	4	-	4	-	1	-	2	-	3	-
MASCULINO	3	-	3	-	2	-		-	1	-	-	-
TOTAL	4	16	7	28	6	24	1	4	3	16	3	12

**GRAFICO N° 1: DISTRIBUCION DEL CARCINOMA DE LENGUA POR AÑOS Y SEXO EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI, 2000-2005**



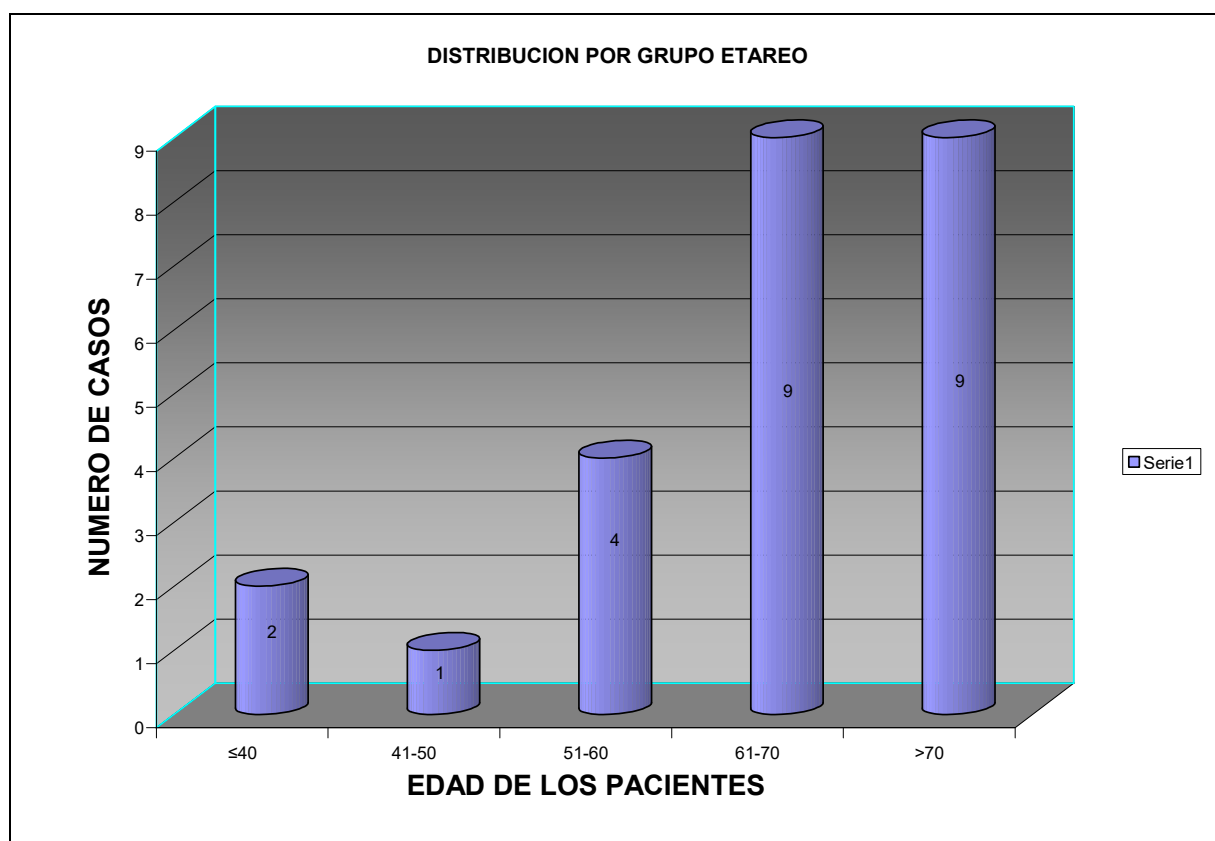
**GRAFICO N° 2: DISTRIBUCION DEL CARCINOMA DE LENGUA POR SEXO EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI, 2000-2005**



**TABLA N° 2: DISTRIBUCION DEL CARCINOMA DE LENGUA POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI. DEL 2000 AL 2005.**

GRUPO ETAREO	CASOS	
	N°	%
≤40a.	2	8
41-50a.	1	4
51-60a.	4	16
61-70a.	9	36
>70a.	9	36
TOTAL	25	100

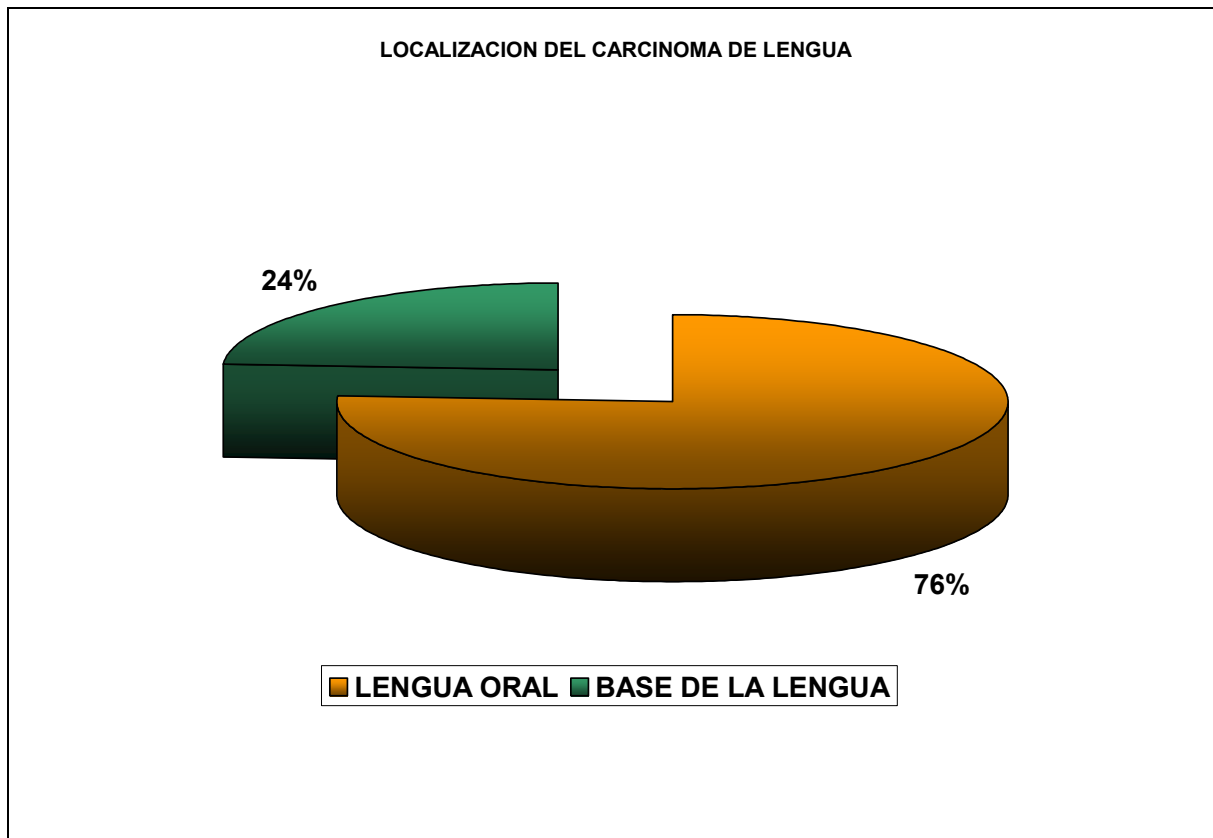
**GRAFICO N° 3: DISTRIBUCION DEL CARCINOMA DE LENGUA POR GRUPO ETAREO EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI. DEL 2000 AL 2005.**



**TABLA N° 3: DISTRIBUCION DEL CARCINOMA DE LENGUA POR LOCALIZACION DE LA LESION EN LA LENGUA, DURANTE LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

LOCALIZACION	CASOS	
	Nº	%
LENGUA ORAL	19	76%
Punta	1	
Borde Lateral	17	
Frenillo	1	
BASE	6	24%
TOTAL	25	100%

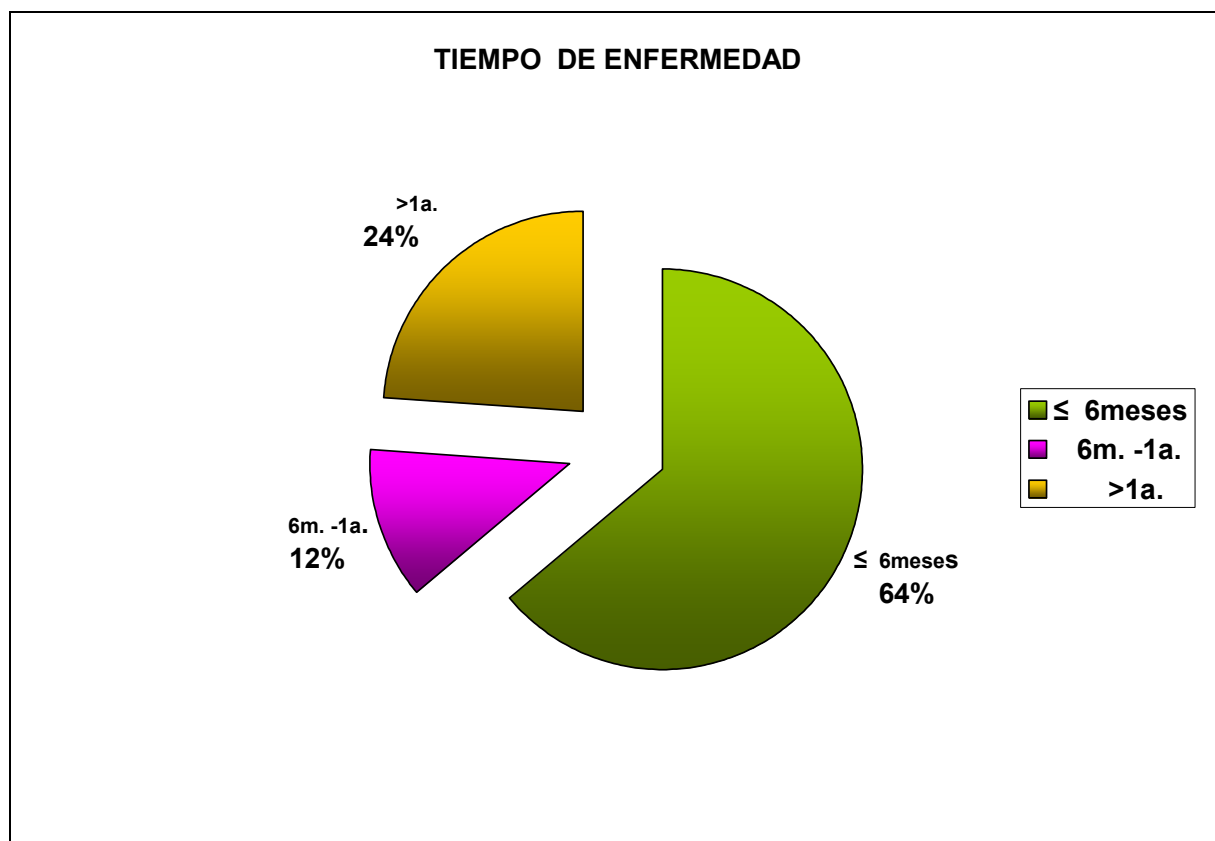
**GRAFICO N° 4: DISTRIBUCION DEL CARCINOMA DE LENGUA EN EL  
SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI. 2000 AL 2005**



**TABLA N° 4: TIEMPO DE ENFERMEDAD PREVIO AL DIAGNOSTICO DEL  
CARCINOMA DE LENGUA DURANTE LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL  
SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

TIEMPO DE ENFERMEDAD	CASOS	
	Nº	%
≤ 6meses	16	64%
6m. -1a.	3	12%
>1a.	6	24%
TOTAL	25	100%

**GRAFICO N° 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD PREVIO AL DIAGNOSTICO  
DEL CARCINOMA DE LENGUA EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL  
HNGAI. 2000-2005**



**TABLA N° 5: FACTORES DE RIESGO HALLADOS EN LOS PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA DURANTE LOS AÑOS  
2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

FACTORES DE RIESGO	CASOS	
	Nº	%
TRAUMA CONTINUO	12	48
ALCOHOL	5	20
TABACO	2	8
NO REFIEREN	6	24%
TOTAL	25	100

**TABLA N° 6 : SINTOMAS Y SIGNOS MAS FRECUENTES AL DIAGNOSTICO EN LOS PACIENTES CON CARCINOMA DE LENGUA DURANTE LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

SINTOMA/SIGNOS QUE MOTIVA LA CONSULTA	N° CASOS
TUMOR DE LENGUA	10
ULCERA EN LENGUA	5
TUMOR EN REGION CERVICAL	3
DOLOR	1
SANGRADO	1
PAPULA	1

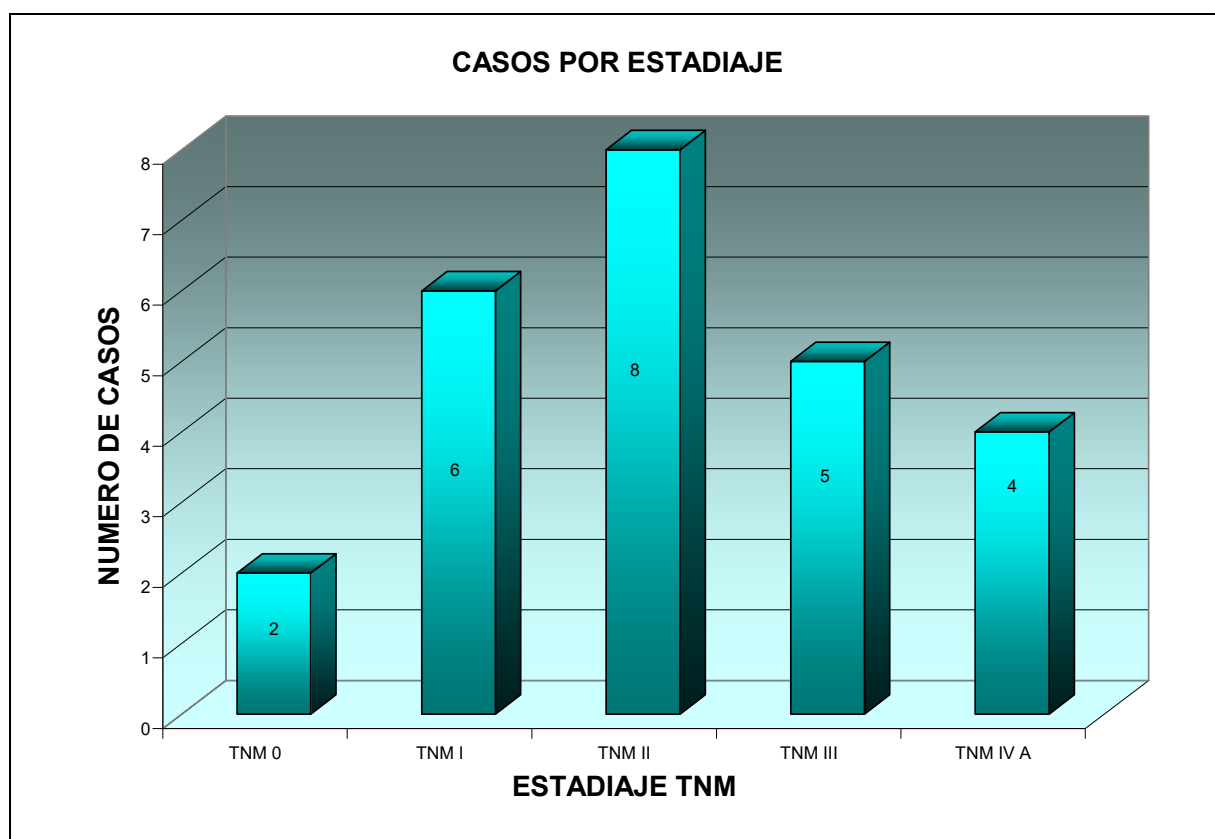
**TABLA N° 7: ANTECEDENTE DE LESION PRE-MALIGNA EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA DURANTE LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

LESION PRE MALIGNA	CASOS	
	N°	%
LEUCOPLASIA	4	16
ERITROPLASIA	1	4
NO ANTECEDENTE	20	80
TOTAL	25	100

**TABLA N° 8: ESTADIAJE SEGÚN LA CLASIFICACION TNM EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA DURANTE LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

TNM	CASOS	
	N°	%
TNM 0	2	8
TNM I	6	24
TNM II	8	32
TNM III	5	20
TNM IV A	4	16
TNM IV B	0	0
TNM IV C	0	0
TOTAL	25	100

**GRAFICO N° 6: ESTADIAJE SEGÚN LA CLASIFICACION TNM EN LOS  
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA EN EL  
SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI. 2000-2005**

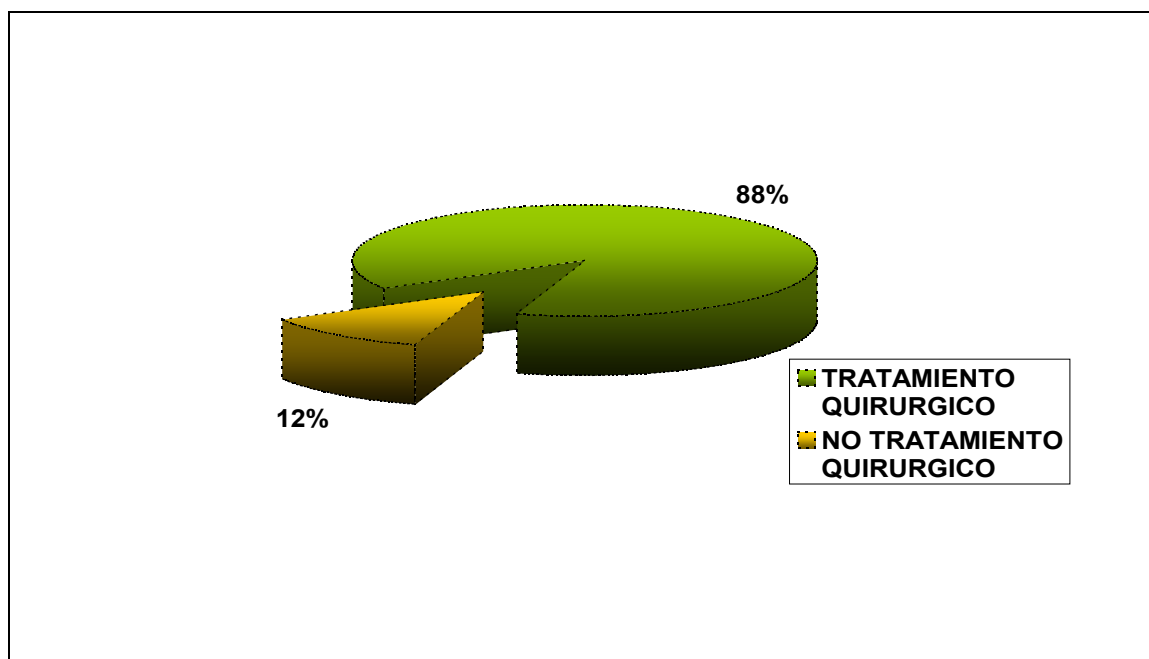


**TABLA N° 9: TIPO DE TRATAMIENTO INSTAURADO EN LOS PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA DURANTE LOS AÑOS  
2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

TIPO DE TRATAMIENTO	CASOS	
	Nº	%
SOLO QUIRURGICO	4	16
QUIRURGICO + RT/QT*	18	72
SOLO RT/QT	3	12
TOTAL	25	100

\*RT/QT: TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA con/sin QUIMIOTERAPIA

**GRAFICO N° 7: PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA CON TRATAMIENTO QUIRURGICO Y NO TRIBUTARIOS DE TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI. 2000-2005**



**TABLA N° 10: TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

TRATAMIENTO QUIRURGICO INSTAURADO	CASOS	
	N°	%
GLOSECTOMIA/RESECCION DE TUMOR	3	13.6
GLOSECTOMIA + DISECCION SELECTIVA	4	18.2
GLOSECTOMIA + DISECCION RADICAL DE CUELLO	2	9
HEMIGLOSECTOMIA + DISECCION SELECTIVA	1	4.5
HEMIGLOSECTOMIA + DISECCION RADICAL DE CUELLO	4	18.1
HEMIGLOSECTOMIA + DISECCION RADICAL DE CUELLO + MANDIBULECTOMIA MARGINAL	3	13.6
HEMIGLOSECTOMIA + DISECCION RADICAL DE CUELLO + MANDIBULECTOMIA	5	22.7
TOTAL	22	100

\*Dissección selectiva; la dissección supraomohioidea, dissección selectiva de celda submaxilar, dissección supradigástrica, dissección submaxilar.

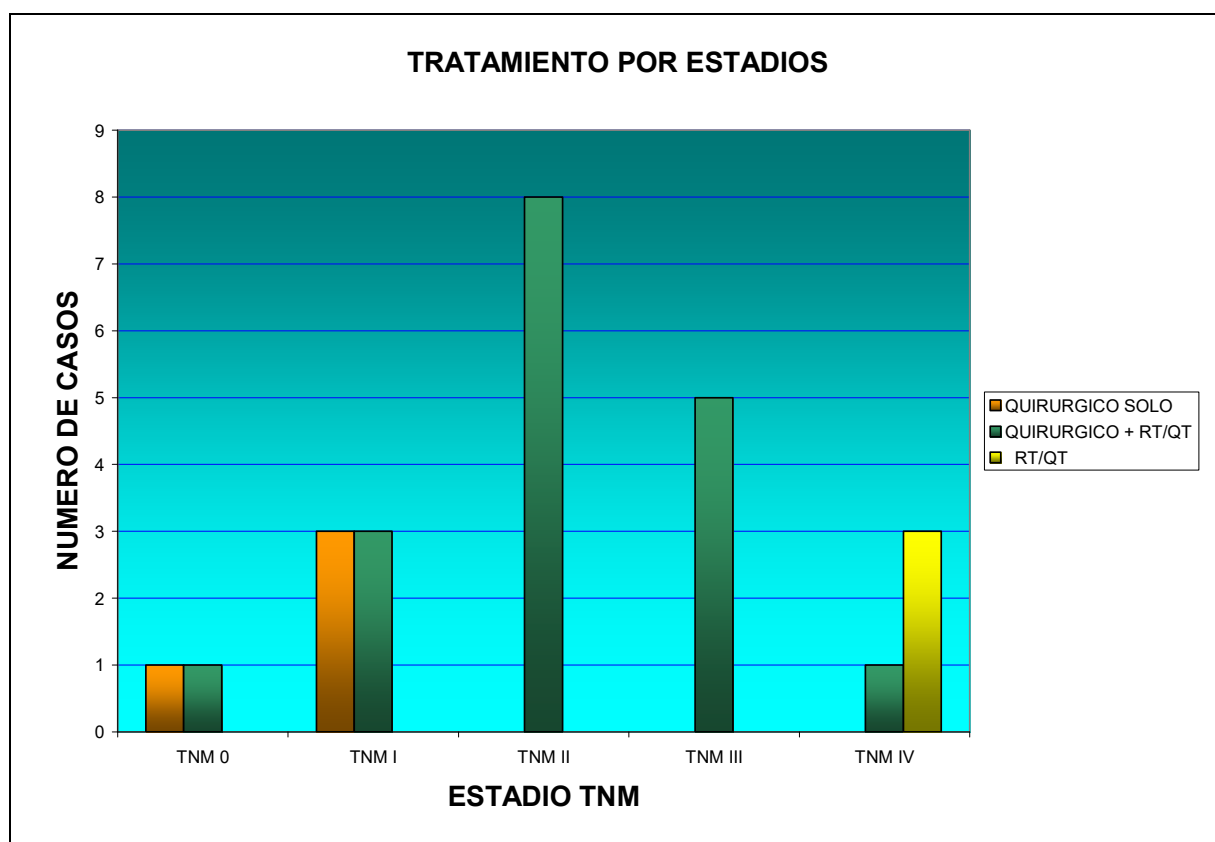
\* Mandibulectomía; la hemimandibulectomía y la mandibulectomía segmentaria



**TABLA N° 11: TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO POR ESTADIAJE EN  
LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA  
DURANTE LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL  
HNGAI.**

ESTADIO	QUIRURGICO SOLO		QUIRURGICO + RT/QT		RT/QT		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TNM 0	1	4	1	4	-	-	2	8
TNM I	3	12	3	12	-	-	6	24
TNM II	-	-	8	32	-	-	8	32
TNM III	-	-	5	20	-	-	5	20
TNM IV	-	-	1	4	3	12	4	16
TOTAL	4	16	18	72	3	12	25	100

**GRAFICO N° 8: TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO POR ESTADIAJE EN  
LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA EN  
EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI. 2000-2005**



**TABLA N° 12: TIPO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO RECIBIDO Y EL ESTADIAJE HALLADO EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LENGUA DURANTE LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

TRATAMIENTO QUIRURGICO INSTAURADO	TNM
GLOSECTOMIA PARCIAL	0, I
GLOSECTOMIA + DISECCION SELECTIVA	I, II, III
GLOSECTOMIA + DISECCION RADICAL DE CUELLO	IV
HEMIGLOSECTOMIA + DISECCION SELECTIVA	II, III
HEMIGLOSECTOMIA + DISECCION RADICAL DE CUELLO	II
HEMIGLOSECTOMIA + DISECCION RADICAL DE CUELLO + MANDIBULECTOMIA MARGINAL	III,
HEMIGLOSECTOMIA + DISECCION RADICAL DE CUELLO + MANDIBULECTOMIA	III, IVA,

\*Dissección selectiva; la dissección supraomohioidea, dissección selectiva de celda submaxilar, dissección supradigástrica, dissección submaxilar.

\* Mandibulectomía; la hemimandibulectomía y la mandibulectomía segmentaría

**TABLA N° 13 : DIAGNOSTICO HISTO-PATOLOGICO EN LOS PACIENTES CON CARCINOMA DE LENGUA Y CORELACION CON SU UBICACIÓN LINGUAL DURANTE LOS AÑOS 2000 AL 2005 EN EL SERVICIO DE CCC Y MF DEL HNGAI.**

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	N° CASOS		LOCALIZACION LINGUAL
CARCINOMA IN SITU	2	8%	BORDE LATERAL
CARCINOMA EPIDERMIOIDE BIEN DIFERENCIADO	11	44%	BORDE LATERAL
CARCINOMA EPIDERMIOIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO	9	36%	BORDE LATERAL
CARCINOMA EPIDERMIOIDE POCO DIFERENCIADO	3	12%	BASE
TOTAL	25	100%	

## **V.-DISCUSION**

En el total de historias que se revisaron, se puede observar que el porcentaje de mujeres es mayor que el de los hombres en un 20%, lo que nos da una proporción Hombre/Mujer 2/3, lo que se opone diametralmente a toda la bibliografía revisada, inclusive un estudio previo en el mismo servicio hospitalario, revela una relación Hombre/Mujer: 3/2, y luego una progresión a 1/1 (23), hasta alcanzar una inversión de la relación en el presente trabajo. Sin embargo estos hechos estarían de la mano con bibliografía revisada en este estudio; que manifiesta el aumento progresivo de la incidencia del Carcinoma de Lengua en mujeres debido a diferencias en los estilos de vida, y atribuyendo otros posibles causas como la incidencia del papiloma virus humano y deficiencias nutricionales (8, 9, 10, 15).

En cuanto al grupo etáreo, la edad promedio hallada de 64 años coincide con los datos bibliográficos (1,2), sin embargo podemos ver que existe un porcentaje no despreciable de pacientes menores de 50 años (12%), y la menor edad presentación fue de 32 años, lo que comparado a reportes anteriores donde por debajo de 50 años no se encontraban casos, nos da una idea de los cambios epidemiológicos de esta patología en la última década (8,9,10). La Ubicación de la lesión es principalmente en el borde lateral de la lengua como ya lo han definido en la bibliografía (1).

Entre los factores de riesgo se encuentra a la cabeza el Trauma Continuo y en último lugar el Tabaco, a diferencia de las series internacionales, donde casi el 90% del riesgo es atribuido al Tabaco (4), esto nos habla primero de la diferencia de hábitos en nuestra población, en la que el cigarrillo no es consumido en la misma dimensión que en otros países como Francia o EEUU. Además existe un porcentaje considerable de casos en los que no se ha reportado factores de riesgo identificados, esto podría bien corresponder a ese creciente grupo etáreo por debajo de los 60 años en los que investigadores actuales están buscando otros posibles orígenes de este cáncer, tales como virus o mutaciones genéticas hereditarias o de raza (11, 13,14, 15).

La leucoplasia sigue siendo la más frecuente lesión pre-maligna encontrada, sin embargo en la gran mayoría no se pudo definir una lesión pre-maligna (1, 17,19). El síntoma más frecuente fue el tumor de lengua seguido por la ulcera, en nuestro reporte la presencia de masa cervical como primer signo es infrecuente a diferencia de otros reportes que lo refieren frecuente, en carcinoma de cavidad oral, en general (3,4).

El tiempo de enfermedad es corto, menos de 6 meses en su mayoría, lo que nos habla de la agresividad de esta patología y también creemos que esta en relación con la edad, pues se ha descrito que en pacientes más jóvenes la evolución de la enfermedad es más rápida (8, 9).

Los estadios TNM de presentación con mayor frecuencia fueron estadios tempranos, TNM II y I, como lo corroboran las series internacionales y los reportes nacionales. Siendo los estadios extremos TNM IV y TNM 0 los menos comunes (2,4, 23).

En lo que respecta al tratamiento, en esta serie el tratamiento fue principalmente quirúrgico, utilizando sólo cirugía para lesiones muy pequeñas y en el resto: cirugía más radioterapia complementaria, en algunos de estos casos se adiciono quimioterapia. Se aplico el tratamiento paliativo con radioterapia y quimioterapia para los casos más avanzados que no se consideraron tributarios de cirugía. En algunos casos de los últimos 2 años se ha intentado dar quimio-radiación concomitante después de la cirugía, como se reporta en tratamientos actuales (25,26), aunque encontrando ciertas dificultades técnicas que se originan debido a la falta de recursos, sin embargo sería necesario esquematizar este sistema para poder hacer un análisis de la efectividad de esta opción . Estos datos van en acorde con la bibliografía revisada que nos manifiesta que el tratamiento del Carcinoma de Lengua es principalmente quirúrgico (1, 2,4) y que en estadios muy tempranos la cirugía o la radioterapia por si solas pueden ser efectivas (1,2), sin embargo el uso de cirugía para estas lesiones es preferida al igual que en este estudio, debido a la menor complejidad, menor tiempo de tratamiento y menores complicaciones. Podemos observar que se instauró tratamiento quirúrgico más radioterapia complementaria en pacientes estadio TNM 0 y TNM I, para los que según la bibliografía hubiese sido necesaria sólo una resección quirúrgica sin embargo podríamos considerarlo como una terapia agresiva ya que son muchos los factores que se consideran para la elección del tratamiento ideal, como son los factores tumorales, del paciente y de recursos (2,4).

De las cirugías realizadas tenemos que en esta serie se han realizado diversos tipos de cirugías desde las glossectomías o resecciones locales del tumor para estadios tempranos como lo sugiere la literatura, hasta hemiglossectomía mas disección radical de cuello con mandibulectomía marginal o segmentaria, de acuerdo a los hallazgos del compromiso mandibular, tenemos que estas cirugías son de alta complejidad y que solo se realizan en centros especializados, y se han indicado en los estadios TNM III y IV. Pese a que hemos encontrado 4 casos localizados en base de lengua no se halló ninguna cirugía en la que fuera necesario realizar algún tipo de laringectomía, probablemente se deba a que 2 de ellos fueron considerados como T1 y uno de ellos T4 que recibió sólo radioterapia. Así como también es importante mencionar que se han desarrollado cirugías de disecciones de cuello selectivas y electivas en cánceres tempranos.

El diagnóstico histopatológico siempre va de la mano con la localización de la lesión y muchas veces con el estadio de la presentación, así corroboramos como en la mayoría de las series revisadas (27,31), que los carcinomas originados en la lengua oral, son de menor grado de malignidad, epidermoides bien diferenciados, moderadamente diferenciados y carcinomas in situ, sin embargo aquellos localizados en la base de la lengua fueron carcinomas epidermoides poco diferenciados, lo que esta relacionado a la agresividad y progresión de la enfermedad.

## **VI.-CONCLUSIONES**

Existe una cada vez más frecuente aparición del Carcinoma de Lengua en individuos jóvenes y en mujeres que se viene alertando en diferentes series a nivel mundial y que corrobora el desarrollo de este estudio. Llama la atención en nuestra serie, resultados que revelan una mayor incidencia en mujeres que hombres, no habiendo encontrado un resultado similar en la bibliografía revisada. Así mismo la edad de presentación menor a los 50 años presento una frecuencia poco despreciable. Todos estos datos corroborados por la bibliografía nos hablan de que el carcinoma de Lengua efectivamente esta cambiando de población susceptible y nuestro país, y más específicamente la población del hospital donde se realizo el estudio, no es ajena a estos cambios

En nuestra serie no es el tabaco ni el alcohol el principal factor de riesgo sino el trauma continuo, hecho que también es contrario a las estadísticas internacionales, y que nos revela una diferencia en los hábitos y costumbres de nuestra población, sin embargo este factor es mucho más manejable y de mejor control lo que indica que con una adecuada difusión y medidas de prevención podríamos evitar la progresión de la enfermedad. Es importante recordar que el tabaco es cancerígeno por sus nitrosaminas y que estas causan la desregulación de genes supresores del tumor, sin embargo sin este mecanismo deberíamos proponer diferentes vías de carcinogénesis sobre todo en aquellos grupos que aparentemente no presentaron factores de riesgo conocido y en los que actualmente se están realizando investigaciones internacionales tratando de buscar factores nutricionales, genéticos, hereditarios y de raza. .

Dentro de las características clínicas más frecuentes en esta serie son que la edad promedio es alrededor de los 60 años, la presencia de tumor y ulcera, un tiempo de enfermedad corto, menor de 6 meses y una lesión localizada en el borde lateral de la lengua oral. Pocos pacientes presentan lesiones pre-malignas pero de ellos la leucoplasia es la más frecuente. La leucoplasia es la lesión pre-maligna más frecuente y fácilmente detectable. Un buen examen físico y una adecuada historia clínica son básicos para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de esta enfermedad.

Los estadios más frecuentes en estudio fueron estadios tempranos TNM II y TNMI., estadios considerados tempranos, y de buen pronóstico por lo tanto la población de nuestra serie acude en un momento adecuado a la consulta.

La mayoría de los pacientes recibieron Tratamiento Quirúrgico y Terapia complementaria con Radioterapia y en algunos casos Quimioterapia. Siguiendo los estándares internacionales para el manejo del Carcinoma lengua el tratamiento fue apropiado e inclusive alguna de las terapias recibidas podrían considerarse agresivas y radicales en la mayoría de los casos, realizando cirugías de alta complejidad. Sin

embargo esto aun no podría ser evaluable pues no se ha realizado un estudio que permita analizar la tasa de recurrencia o la sobrevida de estos pacientes.

La terapia complementaria de elección fue la radioterapia, y también fue usada en forma paliativa para carcinomas avanzados. La quimioterapia se ha venido usando en forma paliativa y con fines curativos en una modalidad de quimio-radiación concomitante aunque por la diversidad de sus formas de aplicación tendría que ser evaluada en un estudio independiente.

En nuestra serie las cirugías que se realizaron han sido variadas desde Glossectomías parciales para estadios tempranos como único tratamiento hasta Hemiglossectomías con Disecciones radicales de cuello con mandibulectomías segmentarias. Se han realizado clásicos “Comando” y Pull-Trough”, lo que nos habla de una técnica quirúrgica adecuada pues son cirugías de alta complejidad. El enfoque del manejo de la mandíbula ha evolucionado en la literatura y así también en nuestra serie se han reportado la realización de mandibulectomías marginales, cirugía que trata de preservar mayor parte de la mandíbula, en un alto porcentaje.

El carcinoma de lengua tiene una localización y evolución de acuerdo a su origen histopatológico siendo más agresivo el Carcinoma Epidermoide Poco Diferenciado y ubicándose este en la base de la lengua.

## **VII.-RECOMENDACIONES**

El Carcinoma de Lengua esta aumentando en individuos jóvenes y en mujeres, por lo que debería prestarse más atención a las lesiones, úlceras, aftas que aparecen en la cavidad oral, tomar medidas de evaluación rápidas en los centros de atención primaria y en todos los profesionales de la salud que están relacionados al área.

El trauma continuo esta relacionado al mal estado de conservación de los dientes, prótesis dentales discontinuadas y malas hábitos ocupacionales, todos estos factores son evitables y factibles de control.

Los profesionales que trabajamos directamente con los pacientes oncológicos debemos tratar de consignar la mayor cantidad de datos en la historia clínica como antecedentes, factores de riesgo, hábitos y costumbres, tipo alimentario, y así no encasillarnos en sólo los clásicos factores de riesgo, debemos tener en cuenta que es una patología cambiante y en estudio y que aún hay muchos factores por determinar.

En las Historias Clínicas se debe consignar el estadio TNM al momento del ingreso del paciente, pues es un estadio clínico muy importante para su evaluación, tratamiento y pronóstico.

Se debe protocolizar el uso de la terapia coadyuvante, radioterapia, quimioterapia y la quimio-radiación concomitante, con la finalidad de utilizar los recursos al alcance y así disminuir la extensión de la cirugía de tal forma de que en un futuro esta no requiera largos periodos de rehabilitación para reincorporar al paciente a la sociedad.

Se podría en un futuro, hacer un estudio a largo plazo de seguimiento de estos casos para determinar la sobrevivencia a los 5 años de estos mismos pacientes, la tasa de recurrencia de enfermedad y la evaluación de los diferentes tratamientos instaurados.

## **VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1.- Avello-Peragallo Allan, Cirugía de Cabeza, del Cuello y Máxilofacial, Primera edición, Lima-Perú, Octubre 2002.
- 2.- Shah Jatin P. , MD, MS (SURG), FACS, Head and Neck Surgery and Oncology Third, USA, 2003.
- 3.- Benoit J Gosselin, MD, FRCSC, FACS, Assistant Professor, Department of Surgery, Dartmouth College, Malignant Tumors of the Mobile Tongue. [www.emedicine.com/ent/topic256.htm](http://www.emedicine.com/ent/topic256.htm), May 4, 2006.
- 4.- Shah Jatin P, MD, MS (SURG), FACS, Hon. FRCS (Edin), Hon. FDRCS (Lond) American Cancer Society. Atlas of Clinical Oncology Cancer of the Head and Neck, London, 2001.
- 5.- G. Aksu, A. Karadeniz. Treatment results and prognostic factors in oral tongue cancer: analysis of 80 patients. Istanbul University,.International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Turkey 2006; 3:506-513.
- 6.-Registro de Cáncer Lima Metropolitana 1994-1997. Centro de investigación en cáncer “Maes-Heller”, Instituto especializada de Enfermedades neoplásicas, “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”.
- 7.- Blot WJ, MCLAughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. Cancer Res 1988;48:32-82-7.
- 8.- A. Iamaroon, K. Pattanaporn, S. Pongsiriwet, S. Wanachantararak, S. Prapayasatok, S. Jittidecharaks, I. Chitapanarux, V. Lorvidhaya, Análisis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in Thailand with a focus of young people. Thailand. International Journal of Oral Maxillofacial. Surg 2004; 33:84-88.
9. MacFarlane GJ, Boyle P, Scully C. Rising mortality from cancer of the tongue in young Scottish males. Lancet 1987; 2: 912.
10. Myers JN, Elkins T, Roberts D, Byers RM. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults: increasing incidence and factors that predict treatment outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 122: 44-51.
- 11.- . International Agency for Research on Cancer. In: IARC Monographs of the evaluation of carcinogenic risks of chemicals to humans. Vol 37. Tobacco habits other than smoking; Betel-Quid and Areca Nut chewing: some related nitrosamines. IARC, Lyon, France; 1985. pp 291.
12. Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK, et al. Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10-year follow-up study of Indian villagers. Commun Dent Oral Epidemiol 1980;8:283–333.
13. Mashberg A, Boffetta P, Winkelman R, Garfinkel L. Tobacco smoking, alcohol drinking and cancers of the oral cavity and oropharynx in US Veterans. Cancer 1993;72: 1369–1375.
14. Mehta FS, Hamner JE. Tobacco habits in India. In: Tobacco-related oral mucosal lesions and conditions in India. Jaypee Brothers, New Delhi; 1993. p 89–99.



- 15.-S. Martínez Machuca, A. Alonsi Babarro, G. Aparicio Jabalquinto, MEDIFAM 2003; 13:320-324, Vol13-Num4-Abril 2003. Cambios Epidemiológicos en el Cáncer de Lengua. A propósito de un caso.
- 16.- Lingen MW, Chang KW, McMurray SJ, Scott DB, Kies MS, Mittal BB, et al. Overexpression of p53 in squamous cell carcinoma of the tongue in young patients with no known risk factors is not associated with mutations in exons 5-9. Head Neck 2000; 22: 328-35.
- 17.-Banoczy J: Follow-up studies in oral leukoplakia. J Maxillofac Surg 1977 Feb; 5(1):
- 18.-Banoczy J: Clinical and histopathological aspects of premalignant lesions. In: Van der Waal I, Snow GB, eds. Oral Oncology. Boston, Mass: Martinus Nijhoff; 1984: 3-31.
- 19.- Mashberg A: Erythroplasia: the earliest sign of asymptomatic oral cancer. J Am Dent Assoc 1978 Apr; 96(4): 615-20
- 20.-Sociedad mexicana de estudios oncológicos, Tumores de cabeza y cuello, diagnostico y tratamiento Mexico 2002.
- 21.-NCCN, Practice Guidelines in Oncology –v.2006. Staging, Head and Neck Cancers.
- 22.-Donald G.Sessions, MD; Gershon J.Spector, MD; Jason Lenox, MS; Bruce Haughey. Analysis of treatment results for oral tongue cancer. The Laryngoscope 112: April 2002, 616-625.
- 23.- Puchuri León María Teresa, Tesis: Incidencia del cáncer epidermoide de lengua en el servicio de cirugía de cabeza, cuello y máxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen años 2000-2001.
- 24.-Robert Haddad, MD; Roy Tishler, MD; Lori Wirth, MD; Charles M. Norris, MD; Laura Goguen, MD; Christopher Sullivan, MD; Lindsay O'Donnell; Yi Li; Marshall Posner, MD, Rate of Pathologic Complete Responses to Docetaxel, Cisplatin, and Fluorouracil Induction Chemotherapy in Patients With Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck, Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;132:678-681
- 25.-Outcome of preoperative concurrent chemoradiotherapy and surgery for resectable lingual squamous cell carcinoma greater than 3 cm: The possibility of less extensive surgery. Oral Oncology (2006) 42, 391-397.
26. – Airoidi Mario, MD, Cortesina Giorgio, PhD: Giordano Carlo, Pedani Fulvia MD, Postoperative Adjuvant Chemotherapy in older patients with Head and Neck Cancer, Archives Otolaryngol, head and Neck Cancer Surgery Vol 130, Feb 2004, 161-166.
- 27.- Harrison Louis, ferlito Alfio, Shaha Ashok, Bradley Patrick. Current philosophy on the management of cancer of the base of the tongue. Oral Oncology 39 (2003) 101-105.
- 28- Hochman M, Clinicas otorrinolaringologicas Consideraciones conceptuales en cirugía de cabeza y cuello, 1997 Abril; 461-623.
- 29.-Richard Pazdur, Cancer ManagemenrÑ A multidisciplinary Approach. Sixth edition, 2002.
- 30.- Broders AC. Squamous cell epithelioma of the lip. JAMA 1920;74:656–664.

- 31.- Willen R, Nathanson A, Moberger G, Anneroth G. Squamous cell carcinoma of the gingiva: histologic classification and grading of malignancy. *Acta Otolaryngol* 1975;79(1-2):146-154.
- 32.- Holm LE, Lundquist PG, Silfversward C, Sobin A. Histologic grading of malignancy in squamous-cell carcinoma of oral tongue. *Acta Otolaryngol* 1982;94(1-2):185-192.
- 33.- McKelvie P. Penetration of the cervical lymph node system by cancer. *Proc R Soc Med* 1976;69:409-411.
- 34.- Mendenhall WM, Million RR, Cassisi NJ. Elective neck irradiation in squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck Surg* 1980;3:15-20.
- 35.- Weiss MH, Harrison LB, Isaacs RS. Use of decision analysis in planning management strategy for stage N0 neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:699-702.
- 36..<http://www.minsa.gob.pe/portal/ogcminsa/Boletines/2006/perucrece/enero/hnumeros.asp>.
- 37.-AL Carvalho, J Magrin, LP Kowalski, *Oral Diseases*, 2003, 9 (3), 112-118. Sites of recurrence in oral and oropharyngeal cancers according to the treatment approach.

## **IX.- ANEXOS**

### **ANEXO I**

#### **DEFINICIÓN DE TERMINOS**

Clasificación TNM de tumores de la cavidad oral:

Estadios

0:	Tis, N0, M0
I :	T1 (menor de 2 cm), N0, M0
II:	T2 (entre 2 y 4 cm ), N0, M0
III:	T3 (Tumor mayor de 4 cm ), con N0, M0, o: T1 o T2 o T3 con N1 y M 0
IV:	T4 Tumor mayor de 4 cm con invasión de estructuras adyacentes, N0, M0, o: cualquier T, N2 o N3 M0, o: Cualquier T o N, M 1

## **ANEXO II**

### **FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS**

**FORMULARIO N°:**

**FECHA:**    /    /

**PACIENTE:**

**EDAD:**

**SEXO:** m    f

**SINTOMAS AL DIAGNOSTICO:** TUMOR /ULCERA  
DOLOR /SANGRADO  
OTROS:.....

**TIEMPO DE ENFERMEDAD:** .....

**FACTOR DE RIESGO:** CIGARRILLO/ ALCOHOL/TRAUMA CONTINUO

**TAMAÑO DEL TUMOR:** MENOR DE 1 CM  
ENTRE 1CM Y 2CM.  
ENTRE 2CM. Y 4CM.  
MAYOR DE 4CM.

**LOCALIZACION DEL TUMOR:** DOS TERCIOS ANTERIORES Y  
BORDES.....  
TERCIO POSTERIOR Y/O BASE.....

**ESTADIAJE DEL CANCER DE LENGUA:**                      TNM  
T  
N  
M

**DIAGNOSTICO AP**.....

**TRATAMIENTO QUIRURGICO RECIBIDO :**

GLOSECTOMIA PARCIAL

HEMIGLOSECTOMIA

GLOSECTOMIA TOTAL

GLOSECTOMIA TOTAL MAS DISECCION DE CUELLO SUPRAOMOHIOIDEA

GLOSECTOMIA TOTAL MAS DISECCION DE CUELLO MODIFICADA

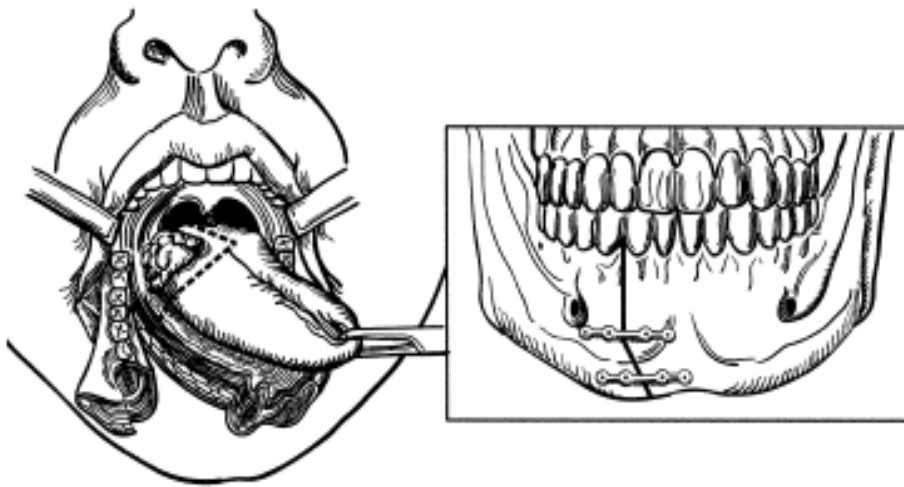
GLOSECTOMIA TOTAL MAS DISECCION DE CUELLO RADICAL

OTROS: .....

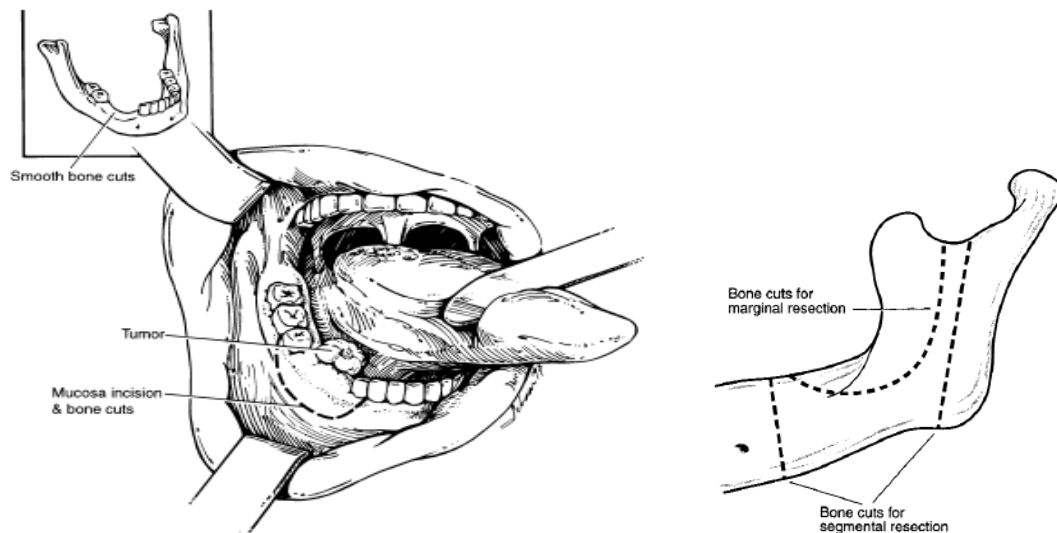
## ANEXO III

### DIAGRAMAS DE LAS CIRUGIAS

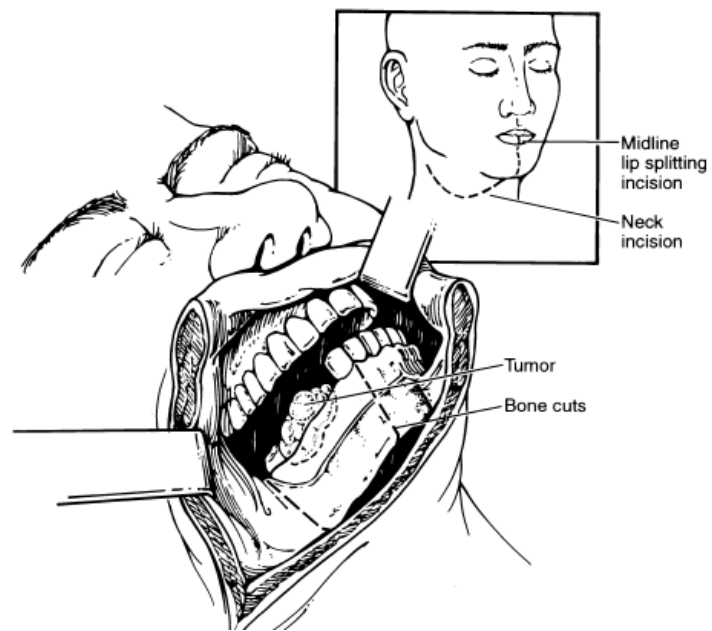
#### III.-1. MANDIBULOTOMIA: ABORDAJE PARA TUMORES DEL TERCIO POSTERIOR DE LENGUA.



#### III.-2. MANDIBULECTOMIA MARGINAL



### III.-3 MANDIBULECTOMIA SEGMENTARIA



### III.4.-HEMIGLOSECTOMIA MAS DISECCION SUPRAOMOHIOIDEA CON MANDIBULOTOMIA

